



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

da spedire a ricoveri.bs@figliesancamillo.it

Da compilare per maggiorenni non soggetti a tutela

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a il residente a
 Via n.....

Documento di riconoscimento n.: rilasciato da

Codice Fiscale Telefono:.....

Da compilare per conto di assistiti minorenni/interdetti/altro

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a il residente a
 Via n..... Telefono

Documento di riconoscimento n.: rilasciato da

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 "Norme penali" dello stesso D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- ☐ di essere il titolare del dato ☐ di essere genitore esercitante la potestà ☐ di essere tutore ☐ di avere l'affidamento
☐ di essere il Medico Curante ☐ di essere l'erede legittimo specificare grado di parentela

di.....nato/a il a

Codice Fiscale

CHIEDE IL RILASCIO DI

- ☐ Copia della cartella clinica relativi al ricovero presso il reparto di

Dal al

- ☐ Copia della cartella ambulatoriale BIC/MAC relativi all'accesso presso il reparto di

Dal al

- ☐ Referto ambulatoriale prestazione di effettuato il

- ☐ Referto radiologico prestazione di effettuato il

- ☐ Referto di laboratorio analisi prelievo effettuato il

- ☐ Altro

Letto, confermato e sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e dichiarando altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta

(data) ____/____/____

Firma leggibile



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

da spedire a ricoveri.bs@figliesancamillo.it

☐ **Chiede di inviare la documentazione per raccomandata al seguente indirizzo**

.....

data) ____/____/____

Firma leggibile

☐ **DELEGA al ritiro** Il/la signore/a (delegato)

Documento di riconoscimento n. rilasciato da

(il delegato deve esibire documento di identità valido e copia controfirmata del documento d'identità del delegante.)

Data, ____/____/____

Firma leggibile DELEGANTE

Firma leggibile Delegato

E' obbligatorio allegare copia di carta d'identità del richiedente.

Per il ritiro della documentazione **è obbligatorio** presentare al momento del ritiro il documento di identità. In caso di delega deve essere presentata copia del documento di identità del delegante e del delegato.

COSTO E MODALITA' DI PAGAMENTO

Costo copia cartella clinica (ordinario BIC/MAC) euro 25,00

Costo copia cartella clinica (ordinario BIC/MAC) spedita per raccomandata A.R. euro 36,60

Copia Referto ambulatoriale, Radiologia e di Laboratorio analisi euro 10,00

Costo Referto ambulatoriale, Radiologia e di Laboratorio analisi spedita per raccomandata A.R. euro 18,30

Il costo può essere pagato presso il CUP o facendo un bonifico bancario sul C/C intestata alla Casa di Cura figlie di San Camillo IBAN IT 87 O 05696 11204 000002719X85 presso la Banca Popolare di Sondrio ed inviando copia del bonifico al seguente indirizzo mail ricoveri.bs@figliesancamillo.it unitamente a copia della presente richiesta.

Spazio riservato alla direzione sanitaria

Autorizzo al rilascio ☐ SI

☐ NO

data) ____/____/____

Firma direttore Sanitario

ISTITUTO FIGLIE S. CAMILLO



RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
da spedire a ricoveri.bs@figliesancamillo.it

Spazio riservato all'ufficio per consegna di:

☐ CATELLA CLINICA N. ☐ COPIA REFERTO AMBULATORIALE ☐ ALTRO

data) ____/____/____

Firma leggibile per il ritiro

Inviato per posta in data _____ numero raccomandata AR

Firma operatore